

## Quoi de neuf

# Quoi de neuf en allergologie pédiatrique en 2012 ? Anaphylaxie, allergie alimentaire, médicamenteuse et aux venins et salives d'insectes (Une revue de la littérature internationale 2012)

*What's new in pediatric allergology in 2012? Anaphylaxis, food, drug and insect allergy  
(A review of the 2012 international literature)*

C. Ponvert

*Service de pneumologie et allergologie, département de pédiatrie, université Paris Descartes, hôpital Necker–Enfants-Malades, 149,  
rue de Sèvres, 75015 Paris, France*

Reçu le 3 février 2013 ; accepté le 15 février 2013  
Disponible sur Internet le 24 mai 2013

## Résumé

Des études ayant porté sur de très nombreux enfants confirment que : les aliments sont les principaux pourvoyeurs d'anaphylaxie ; l'anaphylaxie pédiatrique est globalement sous-reconnue et sous-traitée, alors même que la précocité du traitement améliore le pronostic évolutif, même si les décès sont exceptionnels ; la prévalence générale de l'allergie alimentaire continue d'augmenter, notamment chez les (très) jeunes enfants ; même si le risque d'allergie alimentaire et la gravité des réactions augmentent globalement avec le niveau de sensibilisation détectée par les prick-tests et les dosages des IgE spécifiques, le test de provocation par voie orale reste souvent l'examen diagnostique déterminant ; les dosages des IgE spécifiques des allergènes moléculaires présentent un intérêt diagnostique certain et pourraient diminuer les indications des tests de provocation ; la tolérance des aliments cuits (lait et œuf notamment) est un bon facteur prédictif d'évolution vers la tolérance aux aliments crus ; les protocoles d'induction de tolérance par voie orale, en particulier au lait et l'œuf, sont globalement efficaces et plutôt bien tolérés ; seule une faible proportion des enfants, y compris des enfants atteints de mucoviscidose, rapportant des réactions présumées allergiques aux médicaments anti-infectieux est réellement allergique à ces médicaments ; et la vaccination antigrippale est usuellement bien tolérée par les très grands allergiques à l'œuf. Enfin, les allergies persistantes au lait de vache, rapportées chez les nourrissons exclusivement allaités au sein, pourraient résulter d'une importante réactivité croisée entre les protéines du lait maternel et les protéines du lait de vache.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Allergie alimentaire ; Allergie médicamenteuse ; Anaphylaxie ; Enfant ; Venins d'insectes

## Abstract

Studies performed in very large numbers of children confirm that: foods are the main causes of anaphylaxis in children; pediatric anaphylaxis is under-recognized and under-treated, although early treatment improves resolution of symptoms, even if deaths are exceedingly rare; the prevalence of food allergy is always increasing, especially in (very) young children; even if food allergy risk and severity of food-induced allergic reactions increase with the level of sensitization detected by means of skin tests and specific IgE determinations, oral challenges remain often decisive in children with suspected food allergy; molecular allergen-specific IgE determinations often help to the diagnosis of food allergy and may reduce the indications of challenge tests; tolerance of boiled/heated foods, egg and milk especially, is a good predictive factor of subsequent development of tolerance to raw foods; oral tolerance induction with foods, especially milk and egg, are efficacious and rather well-tolerated; only a few children with suspected hypersensitivity to anti-infectious drugs, including children with cystic fibrosis, are truly hypersensitive to these drugs; and influenza vaccines are usually tolerated in children with egg allergy, including children reporting anaphylactic reactions to egg. Finally, persistent egg allergy in exclusively breastfed children may be induced and exacerbated by important cross-reactivity between allergenic proteins in human and cow's milk.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** Anaphylaxis; Child; Drug allergy; Food allergy; Insect allergy

Adresse e-mail : [claud.ponvert@nck.aphp.fr](mailto:claud.ponvert@nck.aphp.fr).

## 1. Anaphylaxie

Si toutes les études concluent à une augmentation régulière de la fréquence de l'anaphylaxie chez les enfants d'âge scolaire, l'incidence réelle de l'anaphylaxie pédiatrique est mal connue et varie selon les critères diagnostiques adoptés. Dans l'étude rétrospective de Silva et al. [1], 73 enfants ont consulté ou ont été hospitalisés, en neuf ans, dans un grand hôpital pédiatrique portugais pour anaphylaxie plus ou moins grave. Les deux tiers de ces enfants avaient des antécédents atopiques personnels connus. Les principales causes identifiées ont été les aliments (78 %), aux premiers rangs desquels le lait (47,4 %) et les poissons, crustacés et mollusques marins (23 %), les médicaments (11 %) et les piqûres d'hyménoptères (2,7 %). Les symptômes les plus fréquents ont été cutanés et respiratoires (70 %), et seules 10 % des réactions ont été considérées comme sévères à très sévères. Enfin, seuls 25 % des enfants ont reçu une ou plusieurs injections d'adrénaline. Huang et al. [2] ont analysé la base de données informatisées d'un grand centre hospitalier pédiatrique new-yorkais, recensé et analysé tous les diagnostics d'anaphylaxie effectués aux urgences, dans ce centre, entre janvier 2004 et décembre 2008. Pendant cette période, 213 réactions anaphylactiques affectant 192 enfants ont été identifiées, représentant 0,13 % des consultations aux urgences. L'incidence est restée stable pendant les cinq années de l'étude. Les principaux symptômes ont été une réaction cutanée (62 %), urticaire notamment, une gêne bronchique importante (49 %), un œdème laryngé (42 %), un asthme (22 %) et un œdème facial (22 %). Les principales causes identifiées ont été les aliments (71 %) et les médicaments (9 %), les allergies alimentaires étant volontiers à l'origine de plusieurs passages aux urgences ( $p = 0,03$ ). Près de 80 % des réactions ont bénéficié d'une ou plusieurs injections d'adrénaline, effectuées avant l'arrivée aux urgences dans le tiers des cas. Près de 15 % des enfants ont été hospitalisés. Il s'est essentiellement agi d'enfants ayant nécessité plusieurs injections d'adrénaline lors de leur passage aux urgences, alors que le risque d'hospitalisation a été faible chez les enfants qui avaient reçu de l'adrénaline avant leur arrivée aux urgences.

Dans le but de préciser les caractéristiques cliniques des anaphylaxies alimentaires chez l'enfant, Vetander et al. [3] ont colligé les admissions pour réaction allergique grave, présumée liée à une allergie alimentaire, pendant trois mois consécutifs, dans trois services d'urgences pédiatriques de la ville de Stockholm. Trois cent quatre-vingt-trois enfants ont satisfait aux critères d'inclusion, dont 371 rapportaient des réactions d'origine alimentaire évidente. L'incidence des anaphylaxies alimentaires pédiatriques a ainsi été estimée à 29 pour 100 000 enfants et adolescents. Globalement, les fruits à coque, arachide et noix de cajou notamment, ont été les aliments les plus fréquemment accusés, et la fréquence des réactions à ces aliments a été identique à la fréquence des réactions attribuées au lait et à l'œuf chez les enfants de moins de trois ans. Une recrudescence des admissions a été observée chez les enfants atteints d'allergie aux arbres à feuilles caduques pendant la saison pollinique. Enfin, un asthme a été associé à la réaction anaphylactique chez 18 % des enfants

considérés comme non asthmatiques et chez 38 % des enfants asthmatiques connus ( $p < 0,01$ ). Ces résultats montrent donc que, au moins en Suède, les fruits à coque sont l'un des principaux pourvoyeurs d'anaphylaxie alimentaire chez l'enfant, y compris très jeune. Ils confirment aussi l'existence d'une fréquente relation entre asthme et anaphylaxie alimentaire, y compris chez les enfants non asthmatiques, et suggèrent qu'une allergie respiratoire associée à une allergie alimentaire représente un facteur de risque de déclenchement des réactions anaphylactiques d'origine alimentaire.

L'adrénaline représente, en principe, le traitement de première ligne de l'anaphylaxie, mais, même s'ils diffèrent d'une étude à une autre, les résultats des diverses études portant sur l'utilisation des stylos auto-injectables d'adrénaline concluent à une importante sous-utilisation de ces stylos. Noimark et al. [4] ont recruté 969 enfants et adolescents consultant pour des réactions allergiques de gravités diverses dans 14 services d'allergologie pédiatriques anglais, et envoyé un questionnaire à ces enfants pour déterminer le taux d'utilisation des stylos auto-injectables d'adrénaline au cours des réactions anaphylactiques et les motifs de leur utilisation ou non-utilisation. Le taux de réponse a été de 100 % : 466 enfants (48,1 %) rapportaient une ou plusieurs réactions allergiques pendant les 12 derniers mois, anaphylactiques dans 25 % des cas. Seuls 16 % des enfants rapportant une réaction anaphylactique ont bénéficié d'une ou plusieurs injections d'adrénaline, ces injections ayant été effectuées par l'enfant lui-même (4 %), ses parents ou son entourage (55 %) ou un professionnel de santé (38 %). Les raisons motivant l'absence d'injection d'adrénaline ont été, avant tout, une incertitude sur la nécessité d'effectuer l'injection (19 %) ou le sentiment que l'injection n'était pas nécessaire (54,4 %), alors même que des stylos auto-injectables étaient disponibles sur l'enfant ou dans son environnement immédiat dans près de 95 % des cas. Ces résultats sont à la fois inquiétants, puisqu'ils confirment un fréquent sous-usage des stylos auto-injectables d'adrénaline chez les enfants présentant des réactions anaphylactiques, et, en même temps, rassurants puisque la quasi-totalité des enfants disposait d'adrénaline auto-injectable et puisque, malgré sa sous-utilisation, aucun décès n'a été à déplorer, même lorsque les réactions anaphylactiques étaient graves. Les enfants et les adolescents sont donc particulièrement résistants !!! Dans une autre étude, ayant porté sur 23 adolescents suivis pour allergie alimentaire dans un service d'allergologie anglais, Macadam et al. [5], après avoir adressé un questionnaire aux adolescents puis les avoir interviewés, concluent que seul un adolescent sur deux déclare porter son stylo d'adrénaline sur lui en permanence, les autres le portant de façon intermittente, en fonction des circonstances. Chez ces derniers adolescents, la décision de porter leur stylo auto-injectable d'adrénaline était « calculée » en fonction des activités prévisibles (repas à l'extérieur), de l'éloignement par rapport au lieu de stockage et/ou d'un cabinet médical ou d'un service d'urgences, des connaissances de leurs compagnons sur leur allergie alimentaire, etc. Il apparaît donc que la compliance des adolescents au port des stylos auto-injectables d'adrénaline est influencée par des facteurs multiples et complexes, plus ou moins bien

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3386230>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3386230>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)